

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Diagnostique et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Prothésaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

46044

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0000082**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11559 Société : RAY

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom Babolatien Mel Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0666 599 600 Total des frais engagés : 2975,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04 OCT 2020

Nom et prénom du malade : Rem boursement Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

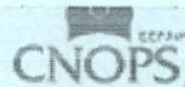
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Essa Le : 04 / 11 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :



75% 10:27



gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information

PAYE

NON PAYE 1

Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
2	-	02/11/2020	Virement	-	4 272,90	1 589,68	243,38	1 833,06
1	-	19/10/2020	Virement	-	200,00	48,40	12,10	60,50
3	-	14/10/2020	Virement	-	2 975,20	1 641,34	194,39	1 835,73
2	-	31/03/2020	Virement	-	3 084,40	1 603,31	326,73	1 930,04
1	-	25/03/2020	Virement	-	100,00	64,00	3,00	67,00
1	-	18/02/2020	Virement	-	800,00	548,00	84,00	632,00



```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<!DOCTYPE xpif SYSTEM "xpif-v02082.dtd">
<xpif version="1.0" cpss-version="2.07" xml:lang="en-US">
  <job-template-attributes>
    <color-effects-type syntax="keyword">monochrome-grayscale</col
    <copies syntax="integer">1</copies>
    <document-reading-orientation syntax="keyword">portrait</docum
    <interleaved-sheets-col syntax="collection">
      <interleaved-sheets-type syntax="keyword">none</interl
    </interleaved-sheets-col>
    <job-save-disposition syntax="collection">
      <save-disposition syntax="keyword">none</save-disposit
    </job-save-disposition>
    <job-sheets syntax="keyword">none</job-sheets>
    <client-default-attributes-col syntax="collection">
      <media-col syntax="collection">
        <input-tray syntax="keyword">automatic</input-
        <media-color syntax="keyword">white</media-col
        <media-size syntax="collection">
          <x-dimension syntax="integer">21000</x
          <y-dimension syntax="integer">29700</y
        </media-size>
        <media-type syntax="keyword">system-default</m
      </media-col>
      <sides syntax="keyword">one-sided</sides>
    </client-default-attributes-col>
    <print-quality-level syntax="keyword">standard</print-quality-
    <sheet-collate syntax="keyword">collated</sheet-collate>
    <toner-saver syntax="keyword">none</toner-saver>
  </job-template-attributes>
  <xpif-operation-attributes>
    <creator-name-attributes syntax="keyword">windows-pcl6-driver<
    <creator-name-pdl syntax="name" xml:space="preserve">acrord32<
    <creator-version-attributes syntax="text" xml:space="preserve"
    <creator-version-pdl syntax="text" xml:space="preserve">10.1.1
    <document-format syntax="mimeType">application/vnd.hp-PCL
    <job-id-from-client syntax="name" xml:space="preserve">8FNTA-U
    <job-name syntax="name" xml:space="preserve">Engagement Saudeq
    <requesting-user-name syntax="name" xml:space="preserve">FNTA-
  </xpif-operation-attributes>
</xpif>
```





مصحة الحديقة لارميطة  
**CLINIQUE LE PARC** Hermitage

Casablanca, le .....  
الدار البيضاء في .....

BEKARTI MANANE

Chirurgie ORL  
Chirurgie maxillo-faciale  
Chirurgie Traumatologique et  
Orthopédique  
Chirurgie viscérale  
Anesthésie - Réanimation  
Chirurgie Ophtalmologique  
Chirurgie Plastique et Esthétique  
Chirurgie Dentaire  
Stomatologie Implantologie  
Radiologie - Echographie - Scanner

Rosa 1 Angle Allée de  
l'Aude et rue Chant  
d'oiseaux (à côté de  
MacDonald's - Hermitage)  
Tél : 05 22 28 64 64  
Fax : 05 22 28 65 65  
Urgences : 0666 10 89 32  
Email : cdh@hotmail.fr  
Site Web : www.cdh.ma

SCP au capital  
de 200.000 DH  
I.F : 40262570  
CNSS : 8640311  
Patente : 34750072

CLINIQUE LE PARC Hermitage  
Dr MOKHTARI Mohamed Amine  
Réanimateur-Anesthésiste  
Rosa 1 angle allée de l'Aude et rue chant d'oiseaux  
Tél : (0522) 28 64 64  
INP: 091173484

CLINIQUE LE PARC HERMITAGE  
Dr YOUKLIF ADIL  
Réanimateur - Anesthésiste  
Rosa 1 angle allée de l'Aude et rue chant d'oiseaux  
Casablanca - Tél : 05 22 28 64 65  
INP : 091026013



# CLINIQUE LE PARC HERMITAGE

CASABLANCA

## BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 20/08/2020 Heure 07:12

Nom et Prénom du patient MmeBEKARI HANANE

Age ou Date Naissance 121 -

N° Cin du patient ou du tuteur .

Adresse .

Téléphone .

Personne à appeler en cas d'urgence .

Médecin traitant MOKHTARI MED AMINE

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0

Motif d'hospitalisation CONSULTATION

Affiliation à une couverture maladie NON

### Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT

*Nom et prénom du signataire :*

*Signature*

### Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 20/08/2020

Heure 07:08

Durée d'hospitalisation (jours) 0

*Nom et prénom du signataire*

*Signature*

CLINIQUE LE PARC HERMITAGE  
طريقه لارميطة  
Roi Mohammed VI - Casablanca  
Tel: 05 22 28 64 64  
Fax: 05 22 28 65 65  
URG: 06 66 10 89 32  
INP: 090062126

## CLINIQUE LE PARC HERMITAGE

## FACTURE

N° 2 293 / 2020 du 20/08/2020

Nom patient	BEKARI HANANE	Entrée 20/08/2020	Sortie 20/08/2020
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. MOKHTARI MED AMIN (anesth/reanimate)	1,00	CS	150,00	150,00
DR. YOUKLIF (anesth/reanimateur)	1,00	CS	150,00	150,00
			Sous-Total	300,00
TDM ABDOMINALE	1,00	+C	1 500,00	1 500,00
			Sous-Total	1 500,00
Total prestations externes				1 800,00

	Total général	1 800,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
MILLE HUIT CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	1 800,00	1 800,00	0,00

Ref Chq : cheq n7605382/21.08.20/bmce/

CLINIQUE LE PARC HERMITAGE  
 عيادة الدار البيضاء  
 Rote: 090062126  
 Tél: 0522 21 54 61  
 INP: 090062126



Casablanca, le 20/08/2020

Mme BEKARI HANANE

**TDM ABDOMINOPELVIENNE**

**TECHNIQUE :** Acquisition volumique sans et avec injection de contraste.

**RESULTATS**

- Foie de taille normale, de contours réguliers, homogène sans lésion focale décelable en contraste spontané.
- Quelques bulles d'air intra hépatiques en rapport avec une Aérobilie
- Absence de dilatation des VBIH et VBEH.
- VB pleine, d'aspect TDM normal.
- Reins , Pancréas, rate et surrénales d'aspect normal.
- Absence de distension des anses gréliques ou coliques
- Epaissement circonférentiel et régulier du colon gauche mesurant 16 mm avec œdème sous muqueux
- Appendice d'aspect scannographique normal
- Epanchement pelvien de faible abondance
- Utérus d'aspect scannographique normal.
- Absence de masse pelvienne.
- Absence d'anomalie osseuse suspecte de malignité.

**CONCLUSION :**

- Epaissement circonférentiel et régulier du colon gauche : origine inflammatoire ?
  - Epanchement pelvien de faible abondance
  - Absence de signes scannographique d'occlusion intestinale
- Aspect à confronter aux reste de données

**CLINIQUE LE PARC Hermitage**  
**Dr. KCHOUCHA Oufae**  
Radiologue  
(Rosa 1 Angle Allée de l'Aude et Rue Chant d'Oiseaux  
Casablanca - Tél. (0522) 28 64 64





مصحة الحديقة لارميطاج

CLINIQUE LE PARC Hermitage

Casablanca, le 20.05.2010 الدار البيضاء في

Chirurgie ORL  
Chirurgie maxillo-faciale  
Chirurgie Traumatologique et  
Orthopédique  
Chirurgie viscérale  
Anesthésie - Réanimation  
Chirurgie Ophtalmologique  
Chirurgie Plastique et Esthétique  
Chirurgie Dentaire  
Stomatologie Implantologie  
Radiologie - Echographie - Scanner

Rosa 1 Angle Allée de  
L'Aude et rue Chant  
d'oiseaux (à côté de  
MacDonald's - Hermitage)  
Tél : 05 22 28 64 64  
Fax : 05 22 28 65 65  
Urgences : 0666 10 89 32  
Email : c-d-h@hotmail.fr  
Site Web : www.cd-h.ma

SCP au capital  
de 200.000 DH  
I.F : 40262570  
CNSS : 8640311  
Patente : 37987981

CLINIQUE LE PARC Hermitage  
SERVICE DE RADIOLOGIE  
Rosa 1 angle allée de l'Aude et rue chant d'oiseaux  
(à côté de MacDonald's - Hermitage)  
Tél : 05 22 28 64 64  
INP : 090062128

CLINIQUE LE PARC Hermitage  
Dr. MOKHTARI Mohamed Amine  
Réanimateur - Anesthésiste  
Rosa 1 angle allée de l'Aude et rue chant d'oiseaux  
Tél : 05 22 28 64 64  
INP : 091173484

CLINIQUE LE PARC HERMITAGE  
Dr. YOUSSEF ADIL  
Réanimateur - Anesthésiste  
Rosa 1 angle allée de l'Aude et rue chant d'oiseaux  
Casablanca - Tél : 05 22 28 64 65  
INP : 091026013

Me: Bekari Hanane

fauc sup

T.B.N ABDOMINA  
pelvienne

# Instructions a suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire)

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNOPS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui sui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couvert

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

## تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر)

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الاثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين ( 60 يوما ) من تاريخ انتهاء العلاج.

يتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

توقيع و طابع التضاضدية  
Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : ..... تاريخ الإيداع : .....



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

RéFANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e) (خاص بالمؤمن له (لها))

Nom et prénom : **BEKARI HANNANE** الاسم العائلي و الشخصي  
N° Affiliation : **1214740** رقم الانخراط :  
N° Immatriculation : **1938164128161** رقم التسجيل :  
N° CIN : **161996791** رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* :  
Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن  
Adresse : ..... العنوان :  
Montant des frais : **22000000** درهم مبلغ المصاريف :  
Nombre de pieces jointes : ..... عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات  
Nom et prénom : **BEKARI HANNANE** الاسم العائلي و الشخصي  
Date de naissance : ..... تاريخ الإزدياد :  
N° CIN : ..... رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Sexe\* : M ☐ أنثى F ☐ الجنس\* :

Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج

N° INP : ..... الرقم الوطني الاستدلالي للممارس  
Type de soins نوع العلاجات  
Maldie\* ☐ مرض \* Pli confidentiel ☐ Qui ☐ Non ☐ تم تقديم الطرف المغلق\* :  
Maternité\* ☐ أمومة \* Date de grossesse : ..... تاريخ الحمل :  
Date prévue d'accouchement : ..... التاريخ المرتقب للولادة :  
Hospitalisation\* ☐ استشفاء \* Date d'hospitalisation : ..... تاريخ الاستشفاء :  
Accident\* ☐ حادث \* Date d'accident : ..... تاريخ الحادث :  
Causes : ..... أسباب الحادث :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
Fait à : ..... حرر ب :  
le ..... في :  
Signature de l'assuré(e) توقيع المؤمن له (لها)  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véridiques. أصرح بصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Fait à : ..... حرر ب :  
le ..... في :  
Signature du Médecin traitant توقيع الطبيب المعالج  
Cachet et signature du Médecin traitant طابع و توقيع الطبيب المعالج

- INP : Identification Nationale du Praticien

- \* Cocher la mention utile pour chaque case









مصحة الحديقة لارميطاج

CLINIQUE LE PARC Hermitage

Casablanca, le 21/02/2020 الدار البيضاء في

Bekari Florence

Dr. Patras Sachet

1 Sachet de 1 litre

4 litres de sucré

2 Régime

Chirurgie ORL  
Chirurgie maxillo-faciale  
Chirurgie Traumatologique et  
Orthopédique  
Chirurgie viscérale  
Anesthésie - Réanimation  
Chirurgie Ophtalmologique  
Chirurgie Plastique et Esthétique  
Chirurgie Dentaire  
Stomatologie Implantologie  
Radiologie - Echographie - Scanner

Rosa 1 Angle Allée de  
L'Aude et rue Chant  
d'oiseaux (à côté de  
MacDonald's - Hermitage)  
Tél : 05 22 28 64 64  
Fax : 05 22 28 65 65  
Urgences : 0666 10 89 32  
Email : cdh@hotmail.fr  
Site Web : www.cdh.ma

SCP au capital  
de 200.000 DH  
I.F : 40262570  
CNSS : 8640311  
Patente : 37987981

Dr. JEBBA Rachid  
Chirurgie Viscérale  
Raja 1 - 22 - Had Soualim  
Tél: 0522 96 25 28  
Gsm: 06.64.78.79.91

## CLINIQUE LE PARC HERMITAGE

## NOTE D'HONORAIRES

Le : 20/08/2020

Références 2 293 / 200821071237063005

PAYANT

Entrée / Sortie : 20/08/2020 - 20/08/2020

Le Dr. MOKHTARI MED AMINE

présente à Mme BEKARI HANANE

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
150,00 Dhs

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

CLINIQUE LE PARC HERMITAGE  
Dr MOKHTARI Med Amine  
Régulateur - Anesthésiste  
2010 / onglet de l'Assistance Médicale  
Tél: 0522 28 64 64  
INP: 091173564

Cachet et signature

## CLINIQUE LE PARC HERMITAGE

## NOTE D'HONORAIRES

Le : 20/08/2020

Références 2 293 / 200821071253063006

PAYANT

Entrée / Sortie : 20/08/2020 - 20/08/2020

Le Dr. YOUKLIF

présente à Mme BEKARI HANANE

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
150,00 Dhs

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

CLINIQUE LE PARC HERMITAGE  
Dr YOUKLIF Adil  
Régulateur - Anesthésiste  
Rosa / onglet de l'Assistance Médicale  
Casablanca / Tél: 05 22 28 64 65  
INP: 091026013

Cachet et signature

# Instructions a suivre

## تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire)

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNOPS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui sui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couvert

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر)

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأتمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

يتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

توقيع و طابع التعااضدية  
Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent .....

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع : .....

.....

91-09-20



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

RéFANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : BEKART Hammame الاسم العائلي و الشخصي :  
N° Affiliation : 21247410 رقم الانخراط :  
N° Immatriculation : 913126142865 رقم التسجيل :  
N° CIN : 016101216191/1 رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له\*  
Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐  
Adresse : Rue 66 n° 100 AZHART 1 oulfa casa العنوان :  
Montant des frais : 318,20 Dhs مبلغ المصاريف :  
Nombre de pieces jointes :            عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات  
Nom et prénom : BEKART Hammame الاسم العائلي و الشخصي :  
Date de naissance : 11/01/1975 تاريخ الإزدياد :  
N° CIN :            رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Sexe\* : ☐ M ذكر ☒ F أنثى الجنس\* :

Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 11112131518118 الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :  
Type de soins نوع العلاجات  
Maldie\* ☐ مرض\* Pli confidentiel remis\* : ☐ Oui ☐ Non تم تقديم الظرف المغلق\* :  
Maternité\* ☐ أمومة\* Date de grossesse :            تاريخ الحمل :  
Hospitalisation\* ☐ استشفاء\* Date d'hospitalisation :            التاريخ المرتقب للولادة :  
Accident\* ☐ حادث\* Date d'accident :            تاريخ الاستشفاء :  
Causes :            أسباب الحادث :  
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.  
Fait à :            حرر بـ :  
le 21/01/2010 في :  
Touche le            توقيع المؤمن له (لها)  
Signature de l'assuré(e)  
أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
Fait à :            حرر بـ :  
le 21/01/2010 في :  
Touche le            توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

- INP : Identification Nationale du Praticien

- \* Cocher la mention utile pour chaque case

Dr. RAJAT  
QUALIDIA  
SIDI BANOUAR  
Tél: 09 58 22 75 87







Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسل.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تختصم إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.



# ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

## Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.02.01  
رجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي و الشخصي : BEKART HANNAME  
رقم الانخراط : 121471410  
رقم التسجيل : 9321614281615  
رقم بطاقة التعريف الوطنية : 1016102161991/  
علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له : \*  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : \*  
Conjoint ☐ زوج ☐ ابن ☐ Enfant ☐ أولاد  
العنوان : Rue 66 n° 100 AZHART 1  
مبلغ المصاريف (درهم) : 357,00 DH  
عدد الوثائق المرفقة : 01  
Montant des frais (Dhs) :  
Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات  
الاسم العائلي و الشخصي : BEKART HANNAME  
تاريخ الازدياد : 11/11/1981  
رقم بطاقة التعريف الوطنية : 1016102161991/  
الجنس : \* أنثى ☒ F ☐ M ذكر ☐

Identification du médecin traitant

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : 091 115 216 614  
نوع العلاجات : بداية  
قبول المرض المزمن : ☐ Oui ☐ Non  
رقم ملف المرض المزمن : 11/11/1981  
رقم المرض المزمن : 11/11/1981  
تم تقديم الظرف المغلق : ☐ Oui ☐ Non  
تاريخ الاستشفاء : 11/11/1981  
Hospitalisation\* ☐ استشفاء Date d'hospitalisation :  
Soins ambulatoires\* ☒ علاجات خارجية Pli confidentiel remis\* : ☐ Oui ☐ Non

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.  
فعل : 11/11/1981  
في : 11/11/1981  
توقيع المؤمن له (لها) : Hand  
Signature de l'assuré (e)  
أصريح بصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
فعل : 11/11/1981  
في : 11/11/1981  
توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins  
\* اشطب المكانة  
Spécialiste Gynécologie Obstétrique

\* INP : Identification Nationale du Praticien  
\* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : 11/11/1981 تاريخ الإيداع : 11/11/1981

01.09.20

05.22.89 15.57 GSM: 06 78 50 67 77

# description des actes effectués

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
10/07/2020	2020	CD	300DH		Docteur Khalid MEZOUAR Spécialiste Gynécologie - Obstétrique 306 Bd Daoura 1er étage CHAHDIA OULFA - CASABLANCA 0522 89 75 57 - GSM: 06 24 58 62 75

CIM - 10

## Description des ordonnances et des dispositifs médicaux

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
10-07-2020	57,00	Pharmacien SAIB 154, Bd. Oued Daoura 1er étage CHAHDIA OULFA - CASABLANCA - Tél: 05 22 89 75 57

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Docteur Khalid MEZOUAR  
Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique  
Accouchement - Chirurgie Gynécologique  
Maladies du sein - Stérilité du couple  
- Echographie - Colposcopie  
Ancien attaché au service de Gynécologie  
Obstétrique du C.H.U Ibn Rochd - CASABLANCA

الدكتور خالد مزوار  
إختصاصي في أمراض النساء والتوليد  
الولادة - أمراض العقم - الجراحة النسوية  
أمراض التندي - الفحص بالصدى - الفحص بالمنظار  
طبيب ملحق سابق بقسم النساء والتوليد  
بالمستشفى الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء

Casablanca, le 10/07/2020 في الدار البيضاء

BEKARI HANNANE

57,00

- Lutenyl

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
Pharmacien responsable :  
MAROC  
Quartier Industriel, Zenata-Ain Sebâa  
Km 10, route côtière 111  
maphar  
Titulaire de l'AMM au MAROC:

Lot : SM238  
Exp : 11 2024

LUTENYL 5 mg  
P.M.V. 57.00 DH  
LUTENYL 5mg CP SEC B10  
Casablanca - Maroc  
quartier Industriel, Zenata, Ain Sebâa  
Km 10, route côtière 111, maphar

Acétate de nonigestrol  
10 Comprimés sécables

Docteur Khalid MEZOUAR  
Spécialiste Gynécologie - Obstétrique  
306 Bd Daoura 1er étage CHAHDIA  
OULFA - CASABLANCA  
0522 89 75 57 - GSM: 06 24 58 62 75

Docteur Khalid MEZOUAR  
Spécialiste Gynécologie - Obstétrique  
306 Bd Daoura 1er étage CHAHDIA  
OULFA - CASABLANCA  
0522 89 75 57 - GSM: 06 24 58 62 75

Immeuble 306 Bd. Oued Daoura 1er étage Chahdia - Oulfa  
Casablanca - Tél : 05 22 89 75 57 - GSM : 06 24 58 62 75